**نظرسنجی تجربه بیمار از مراقبت‌های اولیه**

**نظرسنجی تجربه بیماران [NAME OF CENTRE]**

با توجه به این که اخیراً به [NAME OF CENTRE] مراجعه کرده‌اید، از شما دعوت می‌شود در این نظرسنجی شرکت کنید. پاسخ شما به پرسش‌های این نظرسنجی به بهبود خدمات مراقبتی ما کمک خواهد کرد. این نظرسنجی شش بخش دارد و تکمیل آن تقریباً 5 دقیقه طول می‌کشد.

شرکت در نظرسنجی اختیاری است و پاسخ شما به تمام پرسش‌های آن محرمانه خواهد ماند.

**.A نظرسنجی را برای خود تکمیل می‌کنید یا برای فرد دیگری؟**

🌕 نظرسنجی را برای خودم تکمیل می‌کنم

🌕 نظرسنجی را برای فرد دیگری تکمیل می‌کنم

**.**B اگر نظرسنجی را برای فرد دیگری تکمیل می‌کنید، آن فرد کیست؟

🌕 نظرسنجی را برای یکی از اعضای خانواده یا دوستان تکمیل می‌کنم

🌕 نظرسنجی را برای بیمار یا موکل خود تکمیل می‌کنم

🌕 سایر موارد *(لطفاً رابطه خود را با بیمار ذکر کنید، ذکر نام ضروری نیست):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**بخش 1: تماس با ما**

**.1Q**- چگونه برای آخرین ملاقات خود وقت گرفتید؟

🌕 وقت نگرفتم، بدون وقت قبلی مراجعه کردم (یک راست به پرسش 2**b** رجوع کنید)

🌕 طی تماس تلفنی وقت گرفتم

🌕 با ارسال ایمیل وقت گرفتم

🌕 در آخرین ملاقات وقت گرفتم

🌕 شما با من تماس گرفتید و وقت ملاقات را تعیین کردید

🌕 سایر موارد *(لطفاً مشخص کنید):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2Q** | **به آخرین ملاقات خود فکر کنید و از ضعیف تا عالی به موارد زیر امتیاز دهید...** | ضعیف | متوسط | خوب | خیلی خوب | عالی |
| .a | فاصله زمانی بین تاریخ تعیین وقت و تاریخ آخرین ملاقات | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .b | تجربه کلی شما از مراجعه به مرکز | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**بخش 2: رسیدن و انتظار در مرکز**

**باز هم در مورد آخرین ملاقات خود فکر کنید...**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q**3 | **از ضعیف تا عالی چه امتیازی به موارد زیر می‌دهید...؟** | نامناسب | مناسب | خوب | خیلی خوب | عالی |
| a. | مدت زمانی که باید در پذیرش یا سالن انتظار می‌ماندید  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | تجربه کلی شما در رابطه با کارکنان پذیرش  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .c | مدت زمانی که باید در اتاق معاینه منتظر می‌ماندید تا بتوانید درباره علت مراجعه خود با فرد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی صحبت کنید | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**بخش** 3**: در حین ملاقات**

**باز هم در مورد آخرین ملاقات خود فکر کنید...**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4Q** | **به فرد «اصلی» ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که در طول مدت ملاقات با او حرف زدید فکر کنید و از ضعیف تا عالی به این موارد از عملکرد وی امتیاز دهید...** | نامناسب | مناسب | خوب | خیلی خوب | عالی |
| a. | از سوابق پزشکی شما اطلاع داشت  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | به دغدغه‌های شما گوش می‌داد  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| c. | به زبانی صحبت می‌کرد که متوجه شوید  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .d | مسائل را به گونه‌ای توضیح می‌داد که فهم آن راحت باشد | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .e | نسبت به نیازها و خواسته‌های شما حساسیت نشان می‌داد | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .f | با وقار و احترام با شما برخورد کرد | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .g | با ارائه دستورات واضح، به شما گفت پس از ملاقات باید چه کار کنید  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .h | تجربه کلی شما هنگام حرف زدن با فرد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی در رابطه با علت ملاقات | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**بخش 4: تجربه کلی شما در آخرین ملاقات**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5Q** | **به آخرین ملاقات خود فکر کنید و از ضعیف تا عالی به موارد زیر امتیاز دهید...** | نامناسب | مناسب | خوب | خیلی خوب | عالی |
| a. | نظافت کلی مرکز | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | آسایش کلی مرکز به لحاظ فیزیکی | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .c | اعتماد شما به پزشک یا فرد یا افراد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که در طول ملاقات با آنها روبه‌رو شدید | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .d | اعتماد به این که اطلاعات مربوط به سلامت شما در همان سطح محرمانگی مورد انتظار شما حفظ شده است | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .e | تجربه کلی شما در ملاقاتی که با ما داشته‌اید | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

**بخش 5: تجارب شما در ملاقات با ما در طول یک سال گذشته یا مدت مشابه**

چند پرسش اول این بخش شبیه پرسش‌های قبلی است. اما از شما می‌خواهیم به جای فکر کردن به آخرین ملاقات، کلی‌تر فکر کنید و تجربه خود را **در یک سال گذشته یا مدت مشابه** بیان کنید.

|  |  |
| --- | --- |
| **6Q** | **آخرین باری که بیمار شدید یا نگران سلامتی خود بودید...** |
| a. | در تاریخی که می‌خواستید وقت ملاقات گرفتید؟ | 🌕 بله | 🌕 خیر |
| b. | از زمانی که اولین بار می‌خواستید به پزشک یا پرستار متخصص خود مراجعه کنید تا زمانی که توانستید با وی یا فرد دیگری در مطب وی ملاقات داشته باشید چند روز طول کشید؟ | 🌕 همان روز🌕 روز بعد🌕 2 تا 19 روز (تعداد روز را وارد کنید: \_\_\_\_\_)🌕 20 روز یا بیشتر🌕 غیرمرتبط (نمی‌دانم/پاسخ نمی‌دهم) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7Q** | **زمانی که پزشک یا پرستار متخصص خود را می‌بینید، چه مواقعی موارد زیر را در مطب انجام می‌دهد...؟** | هیچ وقت | به ندرت | گاهی اوقات | اکثر اوقات | همیشه |
| a. | به شما فرصت می‌دهد درباره درمان پیشنهادی سؤال بپرسید | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | به اندازه‌ای که دوست دارید شما را در تصمیم‌گیری درباره درمان و مراقبت‌های بهداشتی سهیم می‌کند | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .c | به اندازه کافی برای شما وقت می‌گذارد | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Q8** | **در طول یک سال گذشته یا مدت مشابه...** |
| a. | از فرد یا افراد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی در جایی **به غیر از اینجا** خدماتی دریافت کرده‌اید؟ | 🌕 بله**(به پرسش Q5-4 رجوع کنید)** | 🌕 خیر**(یک راست به پرسش Q**5-5 **رجوع کنید)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9Q** | **به افراد ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی که در یک سال گذشته یا مدت مشابه در مراکز مختلف دیده‌اید فکر کنید، چه قدر موارد زیر صحت دارد...؟** | هیچ وقت | به ندرت | گاهی اوقات | اکثر اوقات | همیشه |
| a. | چه قدر به نظر می‌آمد درباره سابقه پزشکی شما بداند؟  | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| b. | چه قدر به نظر می‌آمد نتایج آزمایش‌ها یا آزمون‌های اخیر شما را داشته باشند؟ | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| .c | چه قدر بدون تناقض درباره درمان و مراقبت‌های بهداشتی با شما صحبت می‌کردند؟ | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |
| d. | چه قدر به نظر می‌آمد که در ارائه مراقبت‌های شما به خوبی با یکدیگر کار کنند؟ | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 | 🌕 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10Q** | **از نقطه نظر دیگر، آخرین باری که خارج از ساعات اداری به مراقبت‌های پزشکی نیاز داشتید (مثلاً در تعطیلات آخر هفته یا تعطیلات عمومی)، دسترسی به مراقبت‌های مورد نظر بدون مراجعه به اورژانس تا چه حد آسان بود؟** | بسیار دشوار 🌕 | تا حدی دشوار 🌕  | تا حدی راحت 🌕  | بسیار راحت 🌕 | غیرمرتبط 🌕  |

**بخش 6: سوابق/مشخصات آماری**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11Q** |  به طور کلی چه نمره‌ای به سلامت کلی خود می‌دهید؟ | ضعیف 🌕 | متوسط 🌕  | خوب 🌕  | خیلی خوب 🌕  | عالی 🌕  |

**12Q** چه مدتی است که برای مراقبت‌های بهداشتی به ما مراجعه می‌کنید؟

🌕 کمتر از شش ماه

🌕 بین شش ماه تا یک سال

🌕 بین یک تا سه سال

🌕 بین سه تا پنج سال

🌕 بیش از پنج سال

**13Q** فکر می‌کنید در طول یک سال گذشته یا مدت مشابه چند بار برای مراقبت‌های پزشکی به ما مراجعه کرده‌اید؟

🌕 یک بار

🌕 دو بار

🌕 سه بار

🌕 چهار بار

🌕 پنج بار یا بیشتر

**14Q** حاضرید خدمات ما را به اعضای خانواده یا دوستان خود معرفی کنید؟ فقط **یک** مورد را علامت بزنید.

🌕 به هیچ معرفی نمی‌کنم

🌕 شاید معرفی نکنم

🌕 شاید معرفی کنم

🌕 حتماً معرفی می‌کنم

**لطفاً سایر نظرات خود را**

**در بخش زیر قید کنید:**

**نظر (اختیاری)**

به تجربه کلی خود در رابطه با این مرکز فکر کنید و به این موارد پاسخ دهید...

الف) دو کاری که خیلی خوب انجام شده است:

 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ب) دو مورد که قابل بهبود باشد:

 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اطلاعات یا نظرات دیگری نیز دارید که بخواهید در اختیار ما قرار دهید و ما را در ارائه مراقبت‌های بهداشتی یاری دهد؟

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**از این که نظرسنجی را تکمیل کردید سپاسگزاریم.**